

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

96

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 25 Janvier à 1 heure

PAR

Pierre BRANDSTETTER

Ancien interne des Hôpitaux d'Alger

Né à Alger, le 21 Mai 1868

DES RUPTURES DE LA RATE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. } FOURNIER, professeur,
 } BRISSAUD et TUFFIER agrégés.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

de la

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE,

PARIS

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 25 janvier à 1 heure

PAR

Pierre BRANDSTETTER

Ancien interne des Hôpitaux d'Alger

Né à Alger, le 21 Mai 1868

DES RUPTURES DE LA RATE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. } FOURNIER, professeur,
 } BRISSAUD et TUFFIER agrégés.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

de la

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE,

PARIS

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale.	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.	CHARCOT.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Cliniques d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET	MARFAN.	REITTERER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GLEY.	NELATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE	JALAGUIER.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	travaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DÉJERINE.			

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

ACTES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE D'ALGER

ET DE LA FACULTÉ DE PARIS

DES RUPTURES DE LA RATE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

INTRODUCTION

MONSIEUR LE DOCTEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

DES RUPTURES DE LA RATE

INTRODUCTION

Durant le cours de notre internat dans le service de Monsieur le Professeur Vincent à Alger, il nous a été donné d'observer deux cas de ruptures de la rate, cas assez intéressants, nous a-t-il semblé pour qu'il nous soit permis de les consigner dans notre thèse inaugurale. C'est qu'en effet, à l'inverse des faits jusqu'à ce jour signalés, nos deux malades, dont l'un était porteur de lésions profondes ont parfaitement guéri.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, nous avons un devoir à accomplir. Qu'il nous soit permis de remercier notre excellent maître, le Professeur Vincent, pour la bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard, pour l'obligeance qu'il a eue, de mettre à notre disposition son récent travail sur les ruptures de la rate, travail qui a singulièrement simplifié la tâche que nous nous proposons de remplir.

Que Monsieur le Professeur Texier, Directeur de l'Ecole de Médecine d'Alger, que tous nos maîtres

dans cette Ecole, nos chefs de service à l'hôpital de Mustapha, permettent aussi à l'élève qu'ils ont toujours su guider de leurs bons conseils de leur exprimer ses sentiments de profonde reconnaissance.

Nous n'oublierons pas le Docteur Martin Emile, notre aimable confrère qui a eu la bonté de nous communiquer sa thèse inaugurale sur les ruptures de la rate; et notre bon ami le docteur Massonet dont l'obligeance à toute épreuve nous a été d'un précieux concours.

Que Monsieur le Professeur Tillaux, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive l'expression de notre plus vive gratitude.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, nous avons un devoir à accomplir. Qu'il nous soit permis de remercier notre excellent maître, le Professeur Vincent, pour la bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard, pour l'obligeance qu'il a eue de mettre à notre disposition son récent travail sur les ruptures de la rate, travail qui a singulièrement simplifié la tâche que nous nous proposons de remplir.

Que Monsieur le Professeur Texier, Directeur de l'Ecole de Médecine d'Alger, que tous nos maîtres

HISTORIQUE

Rupture de la rate, c'est là une affection obscure dont bien peu d'auteurs se sont occupés ; affection qui a été pendant bien longtemps englobée dans ce vaste complexe pathologique que l'on désignait sous le nom de sidération de Schock et qui n'a pas outre mesure préoccupé le monde médical.

Un blessé succombait à un violent traumatisme, chute d'un lieu élevé, pression énorme sur l'épigastre ou sur l'abdomen, tout était mis sur le compte des lésions internes ou des hémorrhagies qui étaient souvent vérifiées à l'autopsie, mais dont on ne recherchait sans doute pas toutes les fois la cause ou la provenance.

Cayrel, dans la *Gazette des Hôpitaux*, en 1840, puis Lotis et Verger, le premier, dans la *Gazette Médicale* de 1840, le deuxième, dans le même journal, en 1843, furent les premiers qui enregistrèrent des cas de mort à la suite de ruptures de la rate. Il s'agissait de malades qui avaient succombé à un coup de timon de voiture dans le flanc gauche ou à une pierre reçue dans la région splénique. C'était bien là des cas de ruptures traumatiques de la rate. Ces deux auteurs s'étaient simplement contentés de

signaler les cas sans les commenter davantage.

Vigla, au contraire fit paraître dans les *Archives générales de médecine*, de 1843-1844 un travail complet sur les ruptures de la rate. Il décrit les causes prédisposantes et établit, d'après lui, le pronostic et les règles qui arrivent à faire établir le diagnostic. Mais ses conclusions ne furent pas intégralement adoptées. Eug. Collin, quelques années plus tard, les détruisit en bonne partie dans les *Mémoires de Médecine militaire* parus à Paris en 1855.

Pour Vigla, dans les ruptures de la rate la règle c'était l'hémorrhagie intra-péritonéale, sans péritonite consécutive.

Collin montra par plusieurs observations recueillies pendant son séjour en Afrique que ce n'était pas là un caractère pathognomonique des ruptures de la rate, que cette affection s'accompagnait, sinon toujours, du moins souvent de péritonite.

Dès lors cette question avait pris place dans la science médicale et bien des auteurs firent des relations à ce sujet.

Chomel et Meunier, Ziembicki produisirent à la Société anatomique un assez grand nombre de faits constatés par eux ou bien par Playfair dans l'Inde.

Corré et Laugier, le premier, dans les *Archives d'anthropologie criminelle*, le second à la Société de médecine légale traitèrent cette question surtout au point de vue médico-légal.

Enfin Besnier dans son article Rate du Dictionnaire encyclopédique, fit un exposé complet de la question que Monsieur le Professeur agrégé Quénu a reprise dans le *Traité de chirurgie*.

DIVISION

Que faut-il entendre d'abord par le mot rupture de la rate ? Peut-on indifféremment donner ce nom à toutes les solutions de continuité de ce viscère ? Evidemment non. La rate peut être perforée par un projectile provenant d'une arme à feu, elle peut être déchirée par une arme blanche et dans ce cas on ne dira pas qu'il s'agit d'une rupture de cet organe. La rate sera blessée ; il y aura une plaie, une perte de substance, mais non une rupture.

La rupture de la rate est une solution de continuité qui intéresse à la fois et la capsule et le parenchyme. Cette solution de continuité résulte d'ailleurs d'une violence soit interne soit externe. Dans le premier cas, la rupture est due à un mouvement brusque du malade : un individu dont la rate n'était au préalable pas saine se relève brusquement alors qu'il était baissé ; ou bien il fait un faux pas. La rate peut alors se trouver tirillée par un viscère voisin, ou par la paroi abdominale auxquels elle est plus ou moins intimement unie par des adhérences anciennes et il en résulte une rupture.

Ces sortes de rupture sont sans contredit beaucoup plus fréquentes que les ruptures de cause

externe encore appelées ruptures traumatiques. Elles sont produites par une contusion, un coup plus ou moins violent porté dans la région splénique, par la chute du malade sur le côté gauche.

Il existe encore une autre catégorie de ruptures de la rate, très rares il est vrai, que l'on a appelée ruptures par contre-coup. Leur mécanisme peut en quelque sorte être comparé à celui des fractures par contre-coup. Un individu subit un choc violent dans la région hépatique, par exemple, et il se produit une lésion dans l'hypochondre gauche, une rupture de la rate.

ÉTIOLOGIE.

Le même coup, la même violence exercée sur la région splénique chez plusieurs individus ne produiront pas toujours une rupture de la rate. Il est excessivement rare de rencontrer une rupture de ce genre chez ceux dont la rate est absolument saine. La situation anatomique de cet organe nous en rend parfaitement compte. En rapport par sa face externe avec le diaphragme qui la sépare du poumon, par sa face interne avec la grosse tubérosité de l'estomac et un peu avec le pancréas elle est comme enveloppée par des organes élastiques, qui ne lui opposent jamais une bien grande résistance. Retenue dans sa loge par deux replis péritonéaux assez lâches le ligament phrénosplénique et l'épiploon gastrosplénique elle jouit d'une grande mobilité qui fait qu'elle fuit et se laisse difficilement atteindre par les violences exercées sur l'hypochondre gauche. Dans ces conditions pour qu'une solution de continuité se produise, il faut nécessairement que le malade ait fait une chute très-forte, qu'il soit tombé d'un lieu très élevé. Généralement alors ces ruptures coïncident avec des ruptures semblables dans

d'autres viscères, principalement dans le foie ou dans les reins.

Les violences, les efforts brusques sont ordinairement les causes qui déterminent les ruptures de la rate. Il existe aussi des causes prédisposantes d'une importance capitale, ce sont les états pathologiques antérieurs de cet organe. A l'état normal on sait en effet que le tissu de la rate peut être comparé comme fermeté à celui du foie : il diffère pourtant par plus d'un point de celui de ce dernier organe. Tandis que le tissu hépatique a de la consistance le tissu splénique au contraire est essentiellement friable et n'offre qu'une très faible cohésion. La rate a une enveloppe propre, fibreuse et résistante qui adhère d'une part au péritoine et de l'autre très fortement au parenchyme splénique. Le poids moyen de la rate est de 195 grammes, ses dimensions ordinaires sont de douze centimètres de longueur, huit de largeur et trois d'épaisseur. Eh bien, à l'état pathologique, les dimensions, le poids, la structure, non seulement ne sont plus les mêmes, mais arrivent à différer complètement. Mais parmi toutes les maladies qui peuvent atteindre le tissu de la rate, il en est quelques-unes qui sont des causes beaucoup plus fréquentes de rupture lorsqu'une violence vient à s'exercer dans la région splénique.

Prenons par exemple l'impaludisme lent, chronique, qui existait chez les deux malades qui font l'objet de nos observations. Dans ce cas, et en Algé-

rie nous en avons tous les jours des exemples frappant, la rate peut mesurer jusqu'à trente centimètres de longueur, elle peut peser jusqu'à quatre ou cinq kilogr. On comprend facilement que les altérations du parenchyme soient profondes. En effet, les éléments de la pulpe splénique subissent une augmentation considérable et, en même temps, des altérations moléculaires qui aboutissent finalement à la dégénérescence granuleuse. Les éléments conjonctifs du reticulum participent eux aussi au processus hyperplasique et arrivent à se ramollir. Dans le voisinage on trouve de la périsplénite.

Dans l'infiltration amyloïde le tissu de la rate est lisse, friable; mais il est aussi d'une fragilité extrême. Dans ce cas, comme dans l'impaludisme il existe une hypertrophie considérable; la rate fait une saillie énorme dans l'hypocondre gauche.

Cet organe est hypertrophié dans la plupart des cas de leucocythémie. Sa forme est ordinairement conservée: elle est agrandie le plus souvent dans un seul sens, celui de la longueur qui peut atteindre jusqu'à quarante centimètres. Elle est devenue très friable à cause de l'accroissement de la pulpe dont les éléments normaux sont énormément multipliés: les capillaires sont dilatés, la veine splénique est remplie de thromboses. On a même pu constater des hémorragies véritables de la pulpe splénique entraînant des déchirures de la capsule.

Toutes ces altérations dans la consistance, dans

la structure anatomique de la rate sont, avons-nous dit, éminemment propres à favoriser les ruptures de cet organe. N'est-il pas en effet absolument évident qu'une rate qui remplit l'hyponcondre et la fosse iliaque gauche soit beaucoup plus exposée aux violences extérieures qu'une rate normale? Maintenant si à ces dimensions exagérées il vient s'ajouter ce fait que le tissu splénique est rendu tout à fait friable et facile à désagréger, on comprendra que les ruptures se fassent avec la plus grande facilité.

Une autre circonstance résultant des altérations même du parenchyme vient encore favoriser les ruptures. En effet, comment se produit cette prolifération cellulaire, cette augmentation du volume de ce viscère, sinon par suite d'un processus phelgmastique et irritatif plus ou moins rapide suivant les différents états pathologiques? Et alors cette inflammation chronique ne reste pas cantonnée dans le parenchyme, elle s'étend aussi à la membrane séreuse adhérente à la capsule de la rate. Il se forme de la péritonite splénique qui survient par poussées et qui augmente chez les paludiques avec chaque recrudescence de malaria. Il se produit des adhérences qui enlèvent à la rate toute sa mobilité, qui la maintiennent et la fixent dans une situation d'où elle ne peut être déplacée. C'est ainsi qu'elle peut être fixée contre la paroi abdominale, l'estomac, l'intestin ou le foie hypertrophié.

Si alors une violence vient à s'exercer, la rate,

qui auparavant était essentiellement mobile et qui fuyait sous l'effort de la plus petite pression ne peut plus s'échapper. Elle offre un plan d'autant plus facilement atteint que les adhérences sont plus fortes, plus nombreuses, en un mot qu'elle est plus solidement fixée. C'est surtout dans ces conditions que les moindres mouvements du malade, ceux des viscères voisins et surtout les mouvements du diaphragme peuvent faire naître des tiraillements qui occasionnent des déchirures.

SIÈGE

Les ruptures siègent d'ailleurs indifféremment dans tous les points de la rate, elles n'ont pas de prédisposition spéciale pour telle ou telle partie de cet organe. La face interne, ou la face externe, le bord antérieur comme le bord postérieur peuvent être lésés. Ces ruptures affectent d'ailleurs bien des formes différentes. Elles peuvent tout d'abord se présenter sous la forme de simples fissures : dans ce cas la déchirure ne comprend que la capsule et et la partie la plus superficielle de la rate. Ce sont de simples fentes que E. Colin appelait des fissures sèches.

Les ruptures peuvent être beaucoup plus profondes : elles peuvent occuper la presque totalité du parenchyme splénique, avoir jusqu'à deux centimètres et demi de profondeur et même diviser presque entièrement la rate, le viscère a été trouvé divisé en plusieurs fragments. Un cas des plus curieux de rupture de la rate nous a été rapporté par notre camarade et ami le Docteur Bonderba, alors qu'il était interne à l'Hôpital de Mustapha. Il s'agissait d'un homme qui au cours d'une rixe avait reçu dans l'hypochondre gauche un violent coup de

tête. Tombé immédiatement sans connaissance il fut aussitôt transporté et reçu d'urgence à l'hôpital de Mustapha où il mourut à son arrivée. L'autopsie faite le lendemain fit constater une rate hypertrophiée, diffluyente, complètement divisée en quatre fragments. Il existait de plus dans la cavité péritonéale environ deux litres d'un sang noirâtre mélangé à des caillots et au liquide sécrété par la séreuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il va sans dire que dans les cas aussi graves que le précédent la mort est toujours immédiate et arrive avant que le travail de cicatrisation ait commencé à se faire. Mais chez les malades qui n'ont pas été subitement enlevés par une hémorrhagie intense, chez ceux qui sont morts seulement plusieurs jours après l'accident il a été permis de voir comment se faisait le processus de réparation. On a pu remarquer chez plusieurs de ces blessés que la plaie splénique était obturée par un caillot ; que le caillot s'enfonçait entre les lèvres de la plaie comme un coin et qu'il venait ensuite s'étaler à la périphérie pour tapisser une petite partie de la surface de la rate. Le caillot offre lui-même des caractères différents suivant qu'il est plus ou moins ancien et il peut renseigner sur la date de l'accident.

Les surfaces de la plaie sont infiltrées de sang, lorsque cette plaie est récente : mais si elle est ancienne, à la place du sang épanché dans le tissu, on trouve une espèce de substance ramollie, putrilagineuse, ressemblant à de la bouillie et tombant facilement en déliquium. Cette période pendant laquelle les lèvres de la plaie se trouvent dans cet état de dif-

fluence pendant laquelle les surfaces séparées sont recouvertes de lymphe plastique et pénétrées de pus fait place à une autre période qui est celle de la cicatrisation. Les bords de la plaie au lieu d'être ramollis deviennent alors plus durs, plus fermes. Autour des surfaces séparées, il existe une petite zone de trois à quatre centimètres de rayon qui commence à s'indurer ; les tissus se rejoignent et la plaie est obturée.

Cette cicatrisation, nous avons pu l'observer chez un de nos malades auquel la laparotomie avait été faite pour donner issue au sang épanché dans la cavité péritonéale. Le doigt introduit dans le ventre donnait lorsqu'on le promenait sur la face externe de la rate, la sensation d'un cordon nettement induré, indice certain de la cicatrisation qui s'était opérée au siège de la rupture. Ce travail de cicatrisation suit souvent une marche assez rapide puisque, chez notre malade, un mois après l'accident la plaie était complètement fermée. Et à priori ce phénomène pourrait parfaitement se concevoir à cause de l'énorme vascularisation de la rate, vascularisation tellement grande que l'on définit ordinairement cet organe une glande vasculaire sanguine.

SYMPTOMATOLOGIE.

Si cette grande irrigation sanguine offre des avantages considérables pour la cicatrisation des plaies de la rate, elle est aussi la source des plus graves accidents. Que se produit-il en effet dans les ruptures de la rate? Quel est le symptôme capital primordial, celui qui ne passe pour ainsi dire, jamais inaperçu? C'est l'hémorrhagie.

Et pour peu que la déchirure soit considérable, l'hémorrhagie est tellement violente qu'elle foudroie le malade : le sang tombe à flots dans la cavité péritonéale où sa présence est vite et facilement constatée.

L'hémorrhagie peut ne pas être aussi violente. Si la déchirure a de petites dimensions le sang ne fait que suinter dans le péritoine et il peut être très-difficile au premier abord de se renseigner sur la nature de l'affection en présence de laquelle on se trouve. Il n'y a ni matité ni fluctuation. Quelque temps après, lorsque la quantité de sang épanché sera suffisante, on la reconnaîtra aisément au moyen des signes habituels.

L'hémorrhagie peut aussi être presque complète.

ment nulle. Cette observation empruntée à Eugène Collin (loco citato) en fait foi :

« Sébastien, Espagnol, journalier, 50 ans, d'un tempérament sanguin-bilieux, et d'une constitution primitivement robuste, mais à présent très affaibli par suite de maladies contractées en Afrique où il réside depuis neuf ans, est apporté à l'hôpital militaire de Philippeville le 2 septembre à 3 heures du soir dans l'état suivant :

« Teint ictérique général, air de stupeur, grande prostration; parole embarrassée, réponses incohérentes; chaleur fébrile du corps avec sueur grasse; pouls à 75, assez plein, mais très dépressible. On nous apprend que cet homme est très sujet aux fièvres du pays dont il a eu plusieurs attaques depuis six semaines. Il y a surtout neuf jours que sa fièvre le tient au lit sans interruption et qu'il paraît très mal. Il a eu plusieurs épistaxis légères; selon son habitude il n'a subi aucun traitement.

Prescriptions : 3 ventouses scarifiées à l'épigastre, 2 cataplasmes sinapisés aux pieds, 2 vésicatoires aux cuisses. Sulfate de quinine deux grammes à prendre en deux doses.

« 3 Septembre. — Plus mal. Le malade calme, immobile, les yeux demi-ouverts est dans un coma continu, dont il sort si on lui parle ou l'excite, pour y retomber dès qu'on le laisse tranquille (deux vésicatoires aux tempes, sinapismes en permanence, sulfate de quinine trois grammes à prendre en trois fois).

« 4 Septembre. — Très mal. Coma profond. Perte de connaissance; résolution des membres; peu de

chaleur externe ; sueur visqueuse, pouls plus lent et plus déprimé. Le malade n'avale qu'avec beaucoup de peine (trois grammes de quinine en trois quarts de lavements).

« Meurt le 5 septembre à six heures du matin.

AUTOPSIE vingt-six heures après la mort.

« Teint ictérique général, lividités nombreuses putréfaction commencée.

« *Abdomen.* — Il y a du sang extravasé sous forme d'ecchymose, sous le péritoine des fosses iliaques et sur le trajet des vaisseaux épigastriques.

« La rate adhère au diaphragme par son bord postérieur et par sa tête, elle est turgide et considérablement gorgée bien qu'elle ne pèse que 450 grammes. Son bord antérieur, par une de ces anomalies communes dans cet organe se divise en plusieurs lobules distincts. La membrane fibreuse ou la capsule de la rate est assez épaisse et aponévrotique mais distendue, généralement ramollie et très friable. Le parenchyme surabondant qu'elle renferme est littéralement réduit en pulpe noirâtre. Intacte à la face interne cette capsule présente à la face externe six déchirures irrégulièrement ellipsoïdes plaquées en lymphe plastique et qui n'ont donné lieu à aucune espèce d'hémorrhagie.

« En supposant la face externe de la rate divisée de haut en bas en cinq parties égales, c'est dans la troisième et la quatrième de ces parties que sont situées les déchirures. Une est longitudinale, trois sont transversales et deux obliques. La plus grande a quatre centimètres de longueur sur un centimètre et-demi de largeur. La deuxième et la troisième, en grandeur, ont chacune à quelque différence près,

deux centimètres de longueur sur un centimètre de largeur. Les trois plus petites sont également assez larges eu égard à leur longueur.

« En réalité ce n'est pas la solution de continuité qui a cette longueur, mais le coagulum qui la recouvre. En effet, toutes ces déchirures sont extérieurement doublées d'une couche de matière plastique ou plutôt cruorique couleur pelure d'oignon qui tranche sur la teinte noirâtre de la rate et forme une légère saillie sur le reste de la capsule.

« Cette couche plastique, véritable élaboration superficielle, s'étend au delà des lèvres de chaque déchirure dont elle conserve la forme. En l'enlevant avec précaution on trouve sous elle une division complète de la capsule, qui ne dépasse cependant pas cette tunique fibreuse. En dedans de la capsule une semblable couche de matière plastique est aussi répandue sous une solution de continuité dont elle déborde un peu les lèvres et qu'elle isole du parenchyme pulpeux sous-jacent, lequel n'a pas été le moins du monde endommagé par ces déchirures.

« On trouve également sur la face externe de la rate trois petites plaques noires comme ecchymotiques, moins larges qu'une pièce de deux sous et peu saillantes. Sur ces points la membrane fibreuse est manifestement plus ramollie et plus friable qu'ailleurs, décollée et comme dissoute par la boue splénique.

« Le foie est normal et généralement mou. La vésicule est pleine de bile, épaisse et granuleuse. »

Cette observation ne rentre sans doute pas très bien dans le cadre de notre travail. Les déchirures

multiples de la rate constatées dans le cas précédent ne sont pas le fait d'un traumatisme. C'est très vrai; mais encore que nous ne nous plaçons pas exclusivement au point de vue traumatique, cette observation nous a paru néanmoins intéressante et nous avons tenu à la citer pour faire voir que des ruptures réelles peuvent ne pas s'accompagner d'hémorrhagie. Mais dira-t-on, ces ruptures ont pu être produites pendant l'autopsie, pendant le transport du cadavre. Il ne peut en être ainsi.

Elles ont été produites pendant la vie, elles dataient même, à l'époque de la mort, d'un certain nombre de jours, comme le prouve le travail de cicatrisation qui les accompagnait.

Ces faits sont néanmoins très rares et l'on ne peut pas dire que le malade qui au début a échappé à l'hémorrhagie ne se trouve plus exposé à cette terrible complication. Car les adhérences qui jusque-là avaient tenu ferme pourront se rompre secondairement; on se trouvera dès lors en présence d'une hémorrhagie tardive. Ainsi un malade qui a reçu dans le flanc gauche un coup violent ne ressent au moment de l'accident qu'une vive douleur il a de la dyspnée des tendances à la syncope. Il revient à lui; la douleur se calme, on le palpe, on l'examine et on ne trouve qu'une rate déjà hypertrophiée avant l'accident. On conclut alors à des contusions sans importance. Quand subitement et sans cause appréciable le malade est pris d'une grande faiblesse, d'une

défaillance qui l'oblige à se mettre au lit. L'examen du malade fait alors constater une matité plus ou moins considérable siégeant dans le flanc gauche, de la rénitence, de la fluctuation, enfin tous les signes d'une collection liquide. Il est bien certain que dans ce cas des adhérences ont dû céder et occasionner par leur rupture la production de cette hémorrhagie tardive.

La formation rapide d'un caillot peut d'ailleurs suffire à arrêter pour un moment l'hémorrhagie, surtout lorsque la déchirure est d'une médiocre importance : ce phénomène qu'il est bien difficile de constater du vivant du malade ne donne lieu qu'à un calme trompeur : la plupart du temps, ce caillot qui a pris naissance d'une façon aussi subite se désorganise et une hémorrhagie se produit qui est quelquefois mortelle.

Quoi qu'il en soit, le rôle joué par les adhérences est considérable, dans les hémorrhagies consécutives aux ruptures de la rate. Si ces adhérences sont fermes et solides, elles se laissent bien distendre par le sang qui arrive ; mais elles ne cèdent pas sous l'influence de la pression sanguine. Il se forme alors une poche qui est en rapport d'une part avec la rate, d'autre part, avec les parois abdominales ou les viscères contenus dans la grande cavité péritonéale. Il est bien évident que les dimensions de cette poche seront différentes suivant l'abondance de l'hémorrhagie et aussi suivant la solidité des

adliérences. A côté de petites poches dont les dimensions étaient à peu près celles d'un œuf de poule on a trouvé d'énormes cavités remplies par un ou plusieurs litres de sang noirâtre mélangé à des caillots. Dans l'un comme dans l'autre cas on a affaire à des cavités enkystées, indépendantes de la grande cavité péritonéale. Mais les adhérences ne peuvent pas toujours résister à la pression sanguine; que cette dernière soit intense par suite d'une rupture considérable, que les adhérences soient nouvelles, ou qu'elles soient formées depuis peu, qu'elles soient lâches et peu solides, dans tous les cas elles cèdent et le sang fait irruption dans la cavité péritonéale.

Ces adhérences peuvent même résister pendant quelques temps : c'est seulement au bout de quelques jours qu'elles peuvent se rompre en donnant naissance à une de ces hémorragies secondaires qui ne sont certainement pas les moins graves.

S'il est vrai que très souvent la masse presque entière du sang épanché s'amasse dans une cavité spéciale formée par les adhérences spléniques, il n'est pas moins vrai aussi que dans un grand nombre de cas une certaine quantité de sang passe dans le péritoine. Il est en effet assez difficile de concevoir que la rate soit toujours entourée d'adhérences au point qu'une rupture ne puisse se faire sans être en contact avec des membranes, de formation plus ou moins récente. Comme un grand nombre d'autopsies le prouvent, le sang arrive à se déverser dans la

cavité péritonéale. Que va-t-il s'ensuivre ? Ce corps étranger qui arrive dans la cavité de la séreuse ne va-t-il pas causer l'inflammation de cette membrane délicate ; en un mot ne va-t-il pas faire éclore une péritonite ?

Il y a là encore il faut envisager les différents cas qui peuvent se présenter :

1° Le sang qui tombe dans le péritoine peut provenir d'une rupture récente, d'une rupture qui se fait à l'instant même. Dans ce cas c'est du sang frais qui n'a perdu aucune de ses qualités.

2° Le sang pourra provenir d'une hémorrhagie secondaire, tardive. Ce ne sera plus du sang analogue à celui des cas précédents mais un liquide noirâtre qui n'a plus du sang que le nom.

La plupart des faits observés ont montré que dans le premier cas la péritonite ne survenait pas et que la survie du malade était presque assurée s'il ne succombait pas à l'hémorrhagie. Chauveau en 1872 a bien prouvé que le sang non putréfié n'avait aucune vertu phlogogène, que la séreuse péritonéale pouvait très bien en recevoir une certaine quantité sans que l'on ait à craindre le moindre accident.

D'ailleurs jusqu'à Collin l'absence de péritonite était la règle. Vigla, le seul qui se soit auparavant sérieusement occupé de cette question, en faisait un signe pathognomonique des ruptures de la rate. Ce dernier auteur ne connaissait qu'une seule espèce de rupture de la rate : la rupture avec hémorrhagie intra

péritonéale sans péritonite. Mais Collin a surabondamment prouvé par ses observations que ce signe était entaché d'erreur et que le sang épanché dans le péritoine pouvait occasionner l'inflammation aiguë ou subaiguë de la membrane séreuse. Néanmoins il relate des faits très précis de rupture de la rate sans péritonite aucune.

L'un des cas les plus intéressants est celui qui fait le sujet de sa deuxième observation.

« Mury, soldat au 3^e bataillon d'Afrique entre le 15 septembre à l'hôpital d'El Arrouch pour une fièvre rémittente datant de cinq jours et qui faute de traitement avait pris un caractère fort grave. Au dire de l'un des camarades couché en face de lui, Mury ce jour là, eut un paroxysme fébrile très intense; il était dans l'anxiété, dans une grande agitation et se roulait sur son lit comme un fou, mais cet état ne dura pas longtemps.

« Le 16 septembre il allait mieux en apparence et le médecin en chef d'El Arrouch le trouvait assez bien pour être évacué le lendemain matin sur l'hôpital de Philippeville où il arriva le 17 septembre à deux heures du soir.

« Pendant cette route de 32 kilomètres qu'il fit dans un caisson encombré de malades, il avait été beaucoup plus mal, en proie à la fièvre, et par moments dans le délire.

« A 3 heures du soir je constate chez lui l'état suivant : grande prostration décubitus dorsal; stupeur des traits; face jaune pâle, avec teinte verdâtre des conjonctives et lèvres décolorées, somnolence, idées

incohérentes, réponses embarrassées ; fièvre intense, pouls à 115-120, petit et faible, battements de cœur tumultueux ; chaleur fébrile sans sueur, langue sèche, râpeuse, avec enduit brunâtre ; soif vive, anorexie. Le ventre est tuméfié et mat, par suite du grand développement de la rate et du foie et aussi par la présence manifeste d'un liquide que je crois être et de la sérosité. Le malade n'accuse aucune douleur ; seulement la pression sur l'épigastre et sur l'hypochondre gauche paraît le faire souffrir. La palpation et la percussion légère de l'abdomen sont indolentes trois ventouses scarifiées à l'épigastre, cataplasmes sinapisés aux pieds, sulfate de quinine deux grammes à prendre en deux doses). La nuit, même état. Le malade est calme, somnolent, immobile.

« 18 septembre à la visite du matin plus mal. Coma, les yeux demi-clos, perte complète de connaissance, insensibilité, corps inerte ; fièvre intense encore, pouls petit et très fréquent ; dyspnée, oppression ; langue rôtie (deux vésicatoires aux cuisses, cataplasmes sinapisés en permanence ; sulfate de quinine deux grammes en deux doses).

A deux heures après midi oppression extrême râle trachéale ; meurt le même jour à cinq heures du soir.

Autopsie vingt-six heures après la mort.

« Épanchement dans le péritoine d'un sang noirâtre, liquide poisseux répandu sur tous les organes et dans toutes les parties déclives, mais surtout autour de la rate et au-dessous d'elle. Il y en a au moins deux litres. Un seul caillot noir, gros comme un œuf de dinde existe entre l'extrémité inférieure de la rate, l'estomac et le colon transverse.

« La rate a cinq fois son volume ordinaire et pèse un kilogramme. Son parenchyme est d'un noir livide, excessivement ramolli et partout réduit en pulpe, en boue non déliquescente. Sa membrane fibreuse, libre d'adhérences, est uniformément épaissie et d'une teinte blanchâtre, mais très ramollie et si friable qu'une pression ou une friction légère suffit pour la rompre. C'est surtout à la face interne que cette friabilité paraît très prononcée.

« Quatre solutions de continuité existent sur cette capsule. La plus grande, longue de cinq centimètres part du bord antérieur de la rate, vers son extrémité inférieure, et de là monte sinueusement sur la face interne et vers la scissure. Une portion du grand épiploon adhère aux lèvres de cette plaie et tend à la boucher. Les trois autres déchirures dont une longue de deux centimètres et deux un peu moindres sont situées en divers sens dans la scissure même et bouchées par l'épiploon gastro-splénique et par des caillots sanguins. Ces quatre déchirures sont sous forme de fissures ou de crevasses, deux larges de un centimètre environ, deux plus étroites, toutes superficielles. On dirait qu'elles n'ont intéressé que la membrane d'enveloppe de la rate car le parenchyme sous-jacent ne paraît nullement divisé.

« Ces solutions de continuité ont leurs bords nets et linéaires. Entre leurs lèvres s'est épanchée de la lymphe plastique laquelle mêlée ou doublée de caillots sanguins et déjà organisée forme une fausse membrane cruorique d'un brun noirâtre, lisse, résistante, en un mot une véritable cicatrice, capable depuis un certain temps d'arrêter toute hémorrhagie.

« Le péritoine, essuyé du sang qui le couvre est partout intact sans aucun indice de travail inflammatoire. Le foie très développé est d'un tissu brun terne, coriace comme exsangue ; il pèse plus de 5 kilogs. L'estomac et tout le tube digestif sont décolorés mais d'une intégrité parfaite.

Pour le point de vue auquel nous nous plaçons voici donc une observation bien intéressante puisqu'il n'y a pas de péritonite malgré un épanchement sanguin intra-péritonéal très considérable. Le péritoine dit Collin, est intact on n'y a trouvé par conséquent aucune formation néo-membraneuse ; du sang mais pas de pus.

Selon toute vraisemblance nous devons avoir affaire à une rupture traumatique. Il est en effet consigné dans l'observation que le malade « dans une grande agitation se roulait sur son lit comme un fou ». Dans ces conditions, la cause de la rupture a été sans doute une contusion, une forte pression de l'hypochondre gauche. Les déchirures de la rate auraient été alors bien antérieures à la mort ; ce qui permettrait d'expliquer le travail de cicatrisation rencontré sur les plaies.

Ce cas rentre donc bien dans notre première catégorie et il établit que le sang, s'il est frais, n'est pas phlogogène.

Mais ce que l'on doit surtout redouter c'est l'hémorragie tardive : c'est elle qui apporte dans le

péritoine un sang plus ou moins corrompu ; c'est elle qui apporte dans la cavité de la séreuse un sang doué de toutes les qualités phlogogènes, attendu qu'il est resté en contact avec les lèvres d'une plaie qui suppure assez souvent ou avec des membranes au préalable enflammées. La production de la péritonite est dès lors facile à comprendre.

Cette péritonite peut elle-même être suraiguë, aiguë ou seulement subaiguë.

Ainsi Besnier dans son article *Rate* du Dictionnaire de Dechambre relate plusieurs cas de déchirures spontanées de la rate qui ont occasionné une péritonite aiguë ou suraiguë. Chez un individu dont la rate présentait une cavité capable de loger le poing on avait trouvé à l'autopsie une péritonite généralisée et trois litres de sérosité sanguinolente accumulés dans le péritoine.

Dans ses *Mémoires de médecine, chirurgie pharmacie militaires*, E. Collin (cité par E. Martin, Th. de Montpellier) a bien décrit les symptômes de la péritonite aiguë chez un de ses malades atteint de rupture de la rate :

« Le 17 *Décembre* dans la nuit, cet homme est pris tout à coup, sans cause connue d'une forte douleur dans l'hypochondre gauche, douleur qui se répand bientôt dans tout l'abdomen et est suivie de vomissements bilieux, de ballonnement du ventre avec orthopnée et grande oppression.

« Le 18 *Décembre*, à la visite du matin je le trouve

dans l'état suivant : face grippée, misérable, respiration difficile accélérée toute costale ; pouls petit et très fréquent ; ventre fortement météorisé ; douleur sourde et permettant la pression fixée principalement à l'épigastre et dans l'hypochondre gauche, les vomissements continuent, la diarrhée a été supprimée pour ne plus reparaître. (Trois ventouses scarifiées à l'épigastre et à l'hypochondre gauche ; potion opiacée ; fomentations émollientes opiacées.

« Les jours suivants, l'état est à peu près le même. Les vomissements s'arrêtent et les douleurs péritonéales s'assoupissent ; mais la tympanite et le refoulement du diaphragme tiennent le malade dans une menace continuelle de suffocation. La mort a lieu par asphyxie graduelle, le 30 décembre à deux heures du matin.

« A l'autopsie on trouva une péritonite hémorragique, amenée par une rupture de la rate de 7 centimètres au moins. »

Ainsi que nous le disions plus haut, l'inflammation du péritoine peut aussi revêtir une forme subaiguë. Dans ce cas elle tend à former de nouvelles adhérences et à circonscrire le travail inflammatoire. C'est alors que l'intervention chirurgicale devra être discutée, car elle pourra avoir pour le malade une grande efficacité.

Il est bien évident que les ruptures de la rate ont pour conséquence ordinaire, habituelle, un épanchement sanguin intra-péritonéal ou intra-abdomi-

nal. Le sang se porte presque toujours vers les parties déclives jusqu'à ce qu'il soit arrêté par des adhérences. On l'a pourtant vu faire irruption ailleurs ; dans la cavité pleurale par exemple. Et Collin dans une de ses observations nous montre un malade chez lequel une ouverture dans le diaphragme aurait laissé pénétrer dans la plèvre gauche le sang qui ne pouvait trouver domicile dans l'abdomen à cause de la ceinture d'adhérences qui entourait la tête de la rate.

.

« Dans la nuit du 20 au 21 septembre, Lépinois est pris tout à coup, sans cause connue d'une vive douleur dans la région splénique puis dans le côté correspondant de la poitrine. En même temps se déclare une toux intense, avec expectoration difficile de crachats spumeux, dyspnée et menace de suffocation. La région splénique est plus mate, plus empâtée que d'habitude et très sensible à la pression ; le ventre proprement dit reste souple et indolent. Il y a de la matité et du râle sous-crépitant en bas et des deux côtés de la poitrine, surtout du côté gauche. Le pouls est déprimé et très fréquent.

« Même état dans la journée, nuit pénible.

« 22 et 23 septembre. Peu de changement. Au milieu de ces fâcheux symptômes, la langue est naturelle, l'appétit conservé.

« 24 septembre. Mieux sensible, moins de dyspnée et de douleur à l'hypochondre gauche ; toux fréquente avec expectoration facile de crachats abondants, clairs et spumeux ; pouls à 75 de force moyenne.

Les jours suivants, l'amélioration continue. La poitrine se dégage, mais il reste de la toux et de la gêne dans les mouvements respiratoires. L'hypochondre gauche est toujours mat et empâté; une douleur sourde s'y fait sentir à la pression. Le malade néanmoins conserve l'espérance et se croit sauvé. Cet état persiste jusqu'à la fin de septembre.

« Le 2 *octobre*, sur le midi, survient un accès fébrile et de courte durée, qui n'a pas beaucoup d'influence sur l'état général. La toux seule en est augmentée.

« Le 3 *octobre* apyrexie complète; il n'y a pas de soif ni d'anorexie (sulfate de quinine, huit décigrammes). Encore un léger accès dans la journée, un peu plus tard que la veille, toux et crachats pituiteux abondants.

« Je continue jusqu'au 5 *octobre* le sulfate de quinine à doses décroissantes et l'accès ne reparait plus. Mais la toux persiste, la gêne de la respiration est plus marquée; l'ascite et l'anasarque font des progrès; bref, les forces tombent de plus en plus, bien que le malade mange de bon appétit et soit à un régime tonique.

« Dans la nuit du 14 au 15 *octobre* Lépinois éprouve à peu près les mêmes phénomènes qu'il avait ressentis le 21 septembre, douleur vive à l'hypochondre gauche et dans le côté correspondant de la poitrine; toux intense, dyspnée extrême, menace de suffocation; expectoration abondante de crachats pituiteux et spumeux: pouls petit, déprimé, très fréquent, traits bouleversés, découragement profond. Il existe une matité considérable à la région splénique; même matité dans la région pleurale gauche,

principalement en bas et en dehors ; le bruit respiratoire est nul sur ces points. Nuit des plus pénibles.

« 16 octobre. Même état, matité pectorale plus prononcée ; orthopnée ; asphyxie imminente, pouls très fréquent, et très déprimé, face hippocratique.

« 17 octobre. Mort par asphyxie graduelle après un court coma à 2 heures après-midi, le 27^m jour de l'accident primitif.

AUTOPSIE dix-neuf heures après la mort.

« Rien dans la plèvre droite. Le poumon droit est lourd et œdématié à ses parties déclives.

« Dans la plèvre gauche existe un épanchement considérable (deux à trois litres) de sérosité trouble et légèrement teintée de sang, mais sans fausses membranes. Les deux feuillets de cette plèvre sont intacts.

« Le poumon gauche fortement comprimé et réduit au quart de son volume est appliqué sur le péricarde et sur le diaphragme, avec lequel sa base a contracté des adhérences solides, lorsqu'on détruit ces adhérences, un flot de pus ichoreux, couleur chocolat, fuse de l'hypochondre gauche à travers le diaphragme et tombe dans la plèvre. La base de ce poumon offre vers son milieu, un disque ramolli, brun, livide, en partie érodé, un peu plus large qu'une pièce de cinq francs. La surface du diaphragme correspondant à ce disque est elle-même ramollie, livide et percée à son centre d'une ouverture irrégulièrement arrondie de la largeur d'une pièce de vingt sous et où les fibres du muscle sont comme mortifiées. C'est par là que s'était échappé le flot purulent cité plus haut. Le tissu du poumon gauche a l'aspect particulier que donne à cet organe

la compression des épanchements pleuraux ; mais il est sain. Le péricarde est au deux tiers plein de sérosité citrine, limpide. Le cœur de volume normal et d'une bonne consistance contient beaucoup de sang très fluide quelques caillots noirs et des caillots fibrineux.

« Du côté de l'abdomen, des adhérences très résistantes établies entre le lobe gauche du foie, l'estomac, le diaphragme et la rate ceignent en tous sens et isolent de la cavité péritonéale le tiers supérieur de cet organe et laissent libres les deux tiers inférieurs. En détruisant ces adhérences on tombe dans un foyer sanieux dont la capacité peut être d'un quart de litre et qui contient du pus inodore, de couleur chocolat, avec des grumeaux et des débris pseudo-membraneux. Ce foyer a pour parois : en haut, en arrière et en dehors, le diaphragme, en avant le diaphragme et l'estomac, en dedans l'estomac et le foie, en bas la tête de la rate qui seule en forme le plancher, isolée qu'elle est par sa ceinture d'adhérences.

« Cette portion de rate comprend le tiers ou le quart de l'organe. Elle est aplatie, sillonnée par cinq à six déchirures étroites, irrégulièrement linéaires, dirigées en tous sens, qui communiquent entre elles et ont une profondeur de deux ou trois centimètres, avec le double environ de longueur. Les bords des solutions de continuité, taillés à pic, sont enduits de fausses membranes d'un gris sale et marbrées de teintes livides, les fausses membranes dont les plus inférieures ont comblé et en quelque sorte cicatrisé les plaies sont évidemment un mélange de matières plastiques et de sang.

« Le tissu splénique sur lequel siègent les déchirures n'est ni suppuré ni désorganisé ; il a le même aspect que dans le reste de la rate. Or celle-ci est partout ramollie et réduite en pulpe homogène, lie de vin ou noirâtre.

Elle a environ trois fois sa grosseur ordinaire. Sa membrane fibreuse fort épaisse et nacrée en quelques endroits de la face externe est partout ailleurs ramollie et friable.

« La partie de la face diaphragmatique inférieure qui forme la voûte du foyer est érodée et livide dans une étendue plus large que la paume de la main. Au centre de cette surface les fibres aponévrotiques et charnues du diaphragme sont désorganisées, et réduites en détritüs ; on y voit une ouverture irrégulière un peu plus grande que celle de la face supérieure du même muscle et qui garde entre ses bords une espèce de bourbillon, reste de parties mortifiées.

« La cavité péritonéale contient environ trois litres de sérosité limpide. Le foie, d'un tissu bien fendu mais sec et de couleur bistre a presque le double de son volume normal et son lobe gauche se prolonge jusqu'à la rate. L'estomac et l'intestin grêle n'offrent rien de notable.

L'intérêt tout entier de cette observation réside dans l'ouverture de la collection liquide dans la plèvre gauche. Il semble en effet assez extraordinaire que cette dernière se soit dirigée de ce côté plutôt que du côté de la cavité abdominale, en se faisant jour à travers les adhérences. Pourquoi en effet a-t-elle traversé le muscle diaphragme ? Pourquoi

avoir franchi un obstacle d'autant plus sérieux qu'il se trouvait situé à la partie supérieure du foyer? On trouvera une explication à ce phénomène si l'on songe à l'action macérante et corrosive que les foyers de ce genre exercent sur les fibres du muscle diaphragme et si l'on songe aussi à la pression qu'ils font subir à ce muscle en raison de son mécanisme dans l'acte respiratoire.

Cette observation reste sans doute un fait exceptionnel, mais qui mérite néanmoins d'attirer l'attention à cause des erreurs dont il peut être la source.

L'hémorrhagie si primitive qu'elle puisse être n'est pas le premier symptôme d'une rupture de la rate. Dans la grande majorité elle est postérieure à la douleur. Il est bien certain que l'on ne pourra pas supposer une déchirure de la rate avec ce seul signe, une douleur violente. Un traumatisme, un coup porté dans la région de l'hypochondre gauche s'accompagnera presque toujours d'une douleur plus ou moins grande; il ne s'ensuit pas pour cela que la rate doive être déchirée. Les auteurs sont néanmoins tous d'accord pour dire que la douleur n'a presque jamais fait défaut dans les ruptures de la rate.

Elle s'accompagne de syncope d'une angoisse extrême. Le teint du malade devient cadavérique. Il tombe. La tuméfaction du ventre arrive ensuite, suivant la grandeur et les dimensions de la déchirure, suivant la violence de l'hémorrhagie.

La douleur s'accompagne aussi fréquemment de

dyspnée et de vomissements. On a même pu constater certains cas de vomissements sanglants ou de selles sanguinolentes survenant après un violent traumatisme de la région splénique. C'est qu'alors la rupture de la rate s'est produite dans l'estomac ou dans l'intestin auquel elle était fixée par de solides adhérences.

Du côté de la paroi qui a été le siège de la violence on ne constate souvent rien, il n'est pourtant pas rare de voir des ecchymoses, indice d'une contusion violente, ce signe peut avoir une certaine valeur lorsqu'il s'ajoute aux autres symptômes.

Il donne en effet, des renseignements précis sur le lieu qui a été le siège de la violence.

DIAGNOSTIC

C'est avec ces éléments, la douleur, la contusion de la région splénique, l'hémorrhagie interne que l'on arrivera à diagnostiquer une rupture de la rate : mais les deux premiers signes bien que constants n'ont pas une très grande valeur. Un malade ressent une vive douleur ; il tombe ; et l'on peut apercevoir au bout de quelque temps une trace de violence dans l'hypochondre gauche. Faut-il dire que la rate de ce malade a été rompue ? Evidemment non. On sait très bien en effet que les contusions de la paroi abdominale, très douloureuses, souvent très graves entraînent la mort d'une façon très brusque. La sidération est tellement forte que la terminaison fatale arrive au bout de quelques minutes.

Mais ces contusions peuvent aussi ne pas recouvrir de lésions profondes : si le malade ne succombe pas au Schock il guérit au bout de quelque temps.

L'hémorrhagie interne, elle, est assez facilement diagnostiquée. C'est elle aussi qui fournit pour arriver au diagnostic vrai, les plus précieuses indications. Une tuméfaction rapide du ventre, survenant immédiatement après un traumatisme et augmentant de volume pendant quelques jours pour rester sta-

tionnaire ensuite ne peut guère être due qu'à un épanchement sanguin ; les tumeurs liquides et fluctuantes de la cavité abdominale sont loin de se former avec une pareille rapidité. Ce n'est pas avec l'ascite, avec un kyste hydatique, ni avec un kyste de l'ovaire que l'on pourra confondre ce symptôme. Dans ces dernières maladies, les antécédents, l'état du malade, la forme de la collection liquide ou de la tumeur et finalement, la ponction exploratrice lèveront tous les doutes.

Il restera pourtant encore une difficulté. On a bien constaté une hémorrhagie interne. Mais d'où vient-elle ? quelle en est la cause ? quelle est la source de ce sang épanché en abondance dans la cavité péritonéale ? Est-il dû à la déchirure d'un vaisseau, du foie ou d'un autre viscère ? On pourra bien supposer une rupture de la rate surtout si avec l'hémorrhagie on constate une ecchymose et si l'on sait que le malade a dû subir un choc violent. Néanmoins un diagnostic ferme restera toujours très difficile à poser. La plupart des diagnostics de rupture de la rate ont été faits *post mortem*.

PRONOSTIC

Quant au pronostic, il a été considéré jusqu'à présent comme absolument fatal. Et encore maintenant conserve-t-il la plus grande partie de cette gravité. Il sera moins funeste si la rate est bridée par des adhérences. C'est ce que dit E. Collin (*mémoire de médecine et de pharmacie militaire* 1855) :

« Si j'osais faire entrevoir la possibilité d'une guérison, ce ne serait pas dans le cas d'une rupture splénique avec épanchement « libre dans le péritoine, mais dans une rupture avec hémorrhagie « bornée par des adhérences et confinée dans une « partie de l'hypochondre gauche. On n'a pas à redouter alors l'effet des pertes de sang excessives ni l'écllosion immédiate d'une péritonite générale. Et « pourtant dans les deux observations que j'ai rapportées, la mort a eu lieu par suite de complications ultérieures. Ce sont donc encore des cas désespérés. »

Il est d'ailleurs facile de se rendre compte de cette gravité des ruptures de la rate. Jetons un coup d'œil sur les tableaux, sur les statistiques qui ont été faites à ce sujet. Besnier dans son article *Rate* du Dictionnaire de Dechambre en mentionne 59 cas.

Le Docteur Playfair cité par Meunier (*in Bulletin de la société Anatomique* de 1863) Norman Chears (*in Annales Hygiène*, mars 1882) relatent le premier vingt, et le second treize cas. Le Docteur E. Vincent d'Alger, en cite aussi quarante et un autres cas dans son travail récent sur « le pronostic et le traitement des ruptures de la rate. » Ce qui fait un total de 133 cas qui se sont tous terminés par la mort. Quels sont les cas de guérison que l'on peut mettre en regard de cette énorme mortalité? Trois cas heureux, parmi lesquels un cas douteux, sont mentionnés par Follin et Duplay dans leur *Traité de Pathologie externe*; un par D'Arcy Power de Londres; un autre signalé à la société de Médecine légale. En somme quatre cas heureux sur 137 connus. Et encore le seul cas de Müller publié dans la *Revue étrangère de la France médicale* et cité par Follin et Duplay, ce seul cas est-il donné avec quelques détails. C'est pourquoi il nous a paru bon d'ajouter, à ces faits deux cas que nous avons observés dans le service du Professeur Vincent d'Alger, où nous étions interne, cas qui ont d'ailleurs été mentionnés par notre maître dans le travail que nous citions plus haut. Ces deux cas nous donneront l'occasion de faire quelques réflexions sur le traitement des ruptures de la rate, ou plutôt sur le traitement d'un des symptômes les plus ordinaires, mais aussi les plus graves : l'hémorrhagie interne.

OBSERVATION I

Le 12 mars 1892 Auguste A... entre à l'hôpital civil de Mustapha pour une douleur du côté gauche qu'il dit ressentir depuis deux jours.

Cet homme qui a 37 ans est né en Algérie. Il a déjà chèrement payé son tribut au climat car il a été à bien des reprises atteint par la malaria. Il a eu son premier accès de fièvre intermittente à Maison-Carrée à l'âge de quatre ans. A douze ans, la malaria reparait de nouveau, dure deux mois (juillet, août 1867) pour le laisser tranquille jusqu'en 1875. Depuis cette époque, il a été tous les ans pendant la saison chaude, pris d'accès de fièvre. L'année précédente, l'été de 1891, lui a été particulièrement pénible. La fièvre qu'il parvenait bien à couper pendant quelques jours au moyen de la quinine revenait peu de temps après et persistait avec acharnement.

A part son paludisme cet homme n'a eu à souffrir d'aucune autre maladie. Il n'est pas diathésique. Voici d'ailleurs comment il raconte l'accident qui a amené son entrée à l'hôpital.

Le 10 mars 1892 son travail de la journée, une fois achevé il se disposait à rentrer chez lui lorsqu'il glissa sur le trottoir et tomba. Dans sa chute le côté gauche alla porter sur une branche d'arbre. Il ne ressentit sur le moment, qu'une douleur très légère, put se relever, aller chez lui, monter deux étages et se mettre au lit. A peine couché, la situation change: la douleur au côté gauche devient très violente, l'empêche de dormir et ne fait que

s'accroître jusqu'au 12 mars, jour de son entrée à l'hôpital.

A la visite du lendemain, le docteur Trabut, dans le service duquel ce malade a été envoyé, constate tous les symptômes d'une péritonite en voie de formation. Le faciès est grippé, les yeux excavés; le pouls petit, filiforme, les vomissements sont véritables et fréquents. Le ventre est tuméfié et douloureux, surtout dans l'hypochondre gauche. Cette région est sensible au point de ne pouvoir supporter la plus petite pression. Le professeur Trabut se souvient à ce moment que l'année précédente ce malade a été soigné dans son service pour de la malaria et que sa rate était déjà à cette époque considérablement hypertrophiée.

Rapprochant ces faits des renseignements fournis par le malade sur l'accident qui lui était arrivé, envisageant la rapidité des complications, il pense à une déchirure de la rate avec commencement de péritonite. Il ordonne alors du repos, de la glace et de l'opium. Nous trouvant de garde à l'hôpital dans la nuit du 15 au 16 mars, nous sommes appelé par ce malade dont les vomissements étaient plus fréquents et la douleur plus intense. Nous lui faisons alors une injection hypodermique de un centigramme de morphine et la nuit s'achève assez tranquillement.

Mais le lendemain, le docteur Trabut voyant que la tuméfaction abdominale avait encore augmenté, juge qu'une intervention chirurgicale peut devenir nécessaire et évacue son malade salle Larrey, dans le service du docteur Vincent.

Le malade nous apparaît alors dans un état de

prostration considérable, le facies est grippé, terreux, le pouls petit, la température est de 38° 5. Le ventre toujours ballonné est très douloureux à la pression. Mais tandis que l'on peut constater à la percussion du tympanisme sur la partie droite du ventre située en dehors du muscle droit, on constate au contraire dans la région ombilicale et dans l'hypochondre gauche une matité absolue qui va en haut jusqu'au quatrième espace intercostal et en bas jusqu'à une ligne qui est située à trois travers de doigt au-dessus de l'épine du pubis. Plus d'espace de Traube. Le cœur est refoulé derrière le sternum. La dyspnée assez considérable est due à un épanchement pleural concomitant.

Du côté du tube digestif les désordres sont très accentués, le malade vomit tout. A peine a-t-il bu une gorgée de liquide qu'elle est immédiatement rendue. On lui donne des boissons glacées on lui fait mettre une poche de glace sur le ventre.

Les symptômes conservent la même gravité jusqu'au 20 mars.

Le 21 mars, tout à coup, sans que rien n'ait pu le faire prévoir, on constate, à la visite du matin une amélioration sensible. Le facies est meilleur, le pouls a repris plus d'ampleur, les vomissements sont beaucoup plus rares. Le ventre est toujours tuméfié et douloureux à la pression. La douleur est pourtant beaucoup moins intense qu'au début.

Mais à ce moment, la dyspnée qui est assez considérable, le cœur qui est comprimé font encore courir au malade un bien grand danger. Aussi et après avoir reconnu l'existence d'une grande collection liquide dans la région ombilicale et dans

l'hypochondre gauche le docteur Vincent pense-t-il à intervenir chirurgicalement. L'opération qui aura pour but de donner issue au sang épanché dans la cavité abdominale pourra être supportée par le malade dont l'état général est meilleur. Elle devient d'ailleurs nécessaire à cause de l'asphyxie qui le menace sans cesse.

Aussi est-elle décidée pour le lendemain. On commence par faire une ponction aspiratrice avec l'appareil de Potain. Cette ponction donne issue à du sang presque pur. Devant ce résultat, le malade est immédiatement chloroformé et une incision est pratiquée sur la partie externe du muscle droit gauche.

La cavité abdominale aussitôt ouverte, ils s'échappe une grande quantité de sang et de caillots noirâtres. L'introduction des doigts dans l'abdomen facilite l'évacuation des caillots contenus dans cette vaste poche qui a une profondeur de neuf centimètres vers la partie inférieure, et de seize centimètres du côté du diaphragme. Le fond de cette poche est tapissé par la rate qui est considérablement hypertrophiée et remplit une grande partie de l'abdomen. Le volume du sang qui avait trouvé issue dans cette cavité peut être évalué au moins à deux litres et demi. Il s'était échappé d'une solution de continuité située sur la face externe de la rate. En promenant les doigts sur cette partie de ce viscère on pouvait sentir un cordon assez nettement induré, cordon recouvert d'exsudats que le Professeur Vincent n'a pas voulu enlever dans l'intérêt du blessé. Cette cavité fut nettoyée par un grand lavage à l'eau bouillie qui acheva l'expulsion des derniers caillots. La

pôche fut drainée et un grand pansement antiseptique appliqué.

Cette intervention n'eut d'ailleurs que des suites heureuses : les vomissements, la dyspnée disparurent le jour même de l'opération : la douleur persista encore quelque temps, mais alla tous les jours en diminuant. Le malade qui avait maigri considérablement reprit des forces et de l'embonpoint. Le thermomètre ne monta jamais jusqu'à 38°. La cavité se combla petit à petit. Au bout de trente jours les drains furent enlevés et trois mois après son entrée à l'hôpital le malade sortait en ne portant comme traces de son affection qu'une petite plaie absolument superficielle et couverte de bourgeons charnus en pleine voie de cicatrisation.

Voici donc un cas bien certain de rupture de la rate suivi de guérison. C'est une chose qui se voit bien rarement dira-t-on. Mais est-ce bien un fait aussi exceptionnel qu'on le croit généralement ? Il doit être au contraire bien plus vrai de dire que l'on ne connaît pas tous les cas de ruptures de la rate suivis de guérison. C'est qu'en effet il faut un cas particulier comme celui que nous avons pu observer, pour avoir une certitude complète. A côté de cela combien a-t-on vu d'individus subir un choc du côté de l'abdomen dans l'hypochondre gauche, avoir des symptômes légers de péritonite, de la douleur et guérir ? Les cas de ce genre ne sont pas classés comme ruptures de la rate et le diagnostic de déchirure de ce dernier viscère n'a pas été porté.

Il n'y a rien d'étonnant que des ruptures légères (et elles existent puisqu'à la nécropsie de certains individus morts d'une maladie quelconque on a trouvé d'anciennes cicatrices de ruptures de la rate) ne soient pas diagnostiquées quand on voit des individus mourir d'une déchirure traumatique de la rate sans que le diagnostic ait été porté. C'est presque toujours *post mortem*, sur la table d'amphithéâtre que le vrai diagnostic est fait.

Collin qui s'est particulièrement attaché à décrire ce genre d'affection, avoue « qu'il n'a jamais ce
« qu'on appelle diagnostiqué une rupture de la rate,
« qu'il n'a fait que la soupçonner, malgré les faits
« de ce genre qu'il avait été à même d'observer an-
« térieurement. »

Ce pronostic si fâcheux, si désespéré des ruptures de la rate assombri par des statistiques qui ne relatent que des cas mortels deviendra beaucoup moins fatal dans la suite quand l'éveil sera donné. D'ailleurs, comme le dit M. le professeur Vincent (*loc. citato*) « j'ai la conviction que le nombre de
« ces guérisons augmentera le jour où l'attention
« sera davantage éveillée sur ce genre de lésions et
« où l'on arrivera à réunir un ensemble de signes
« assez nets pour que le diagnostic s'impose. »

Il nous a été donné de constater un autre cas de déchirure traumatique de la rate, qui, lui aussi, a très bien guéri. Cette déchirure purement accidentelle a été faite chez une malade à laquelle on

croyait enlever un kyste de l'ovaire. C'est pendant l'opération, alors que M. Vincent essayait de dégager la tumeur des adhérences qui l'entouraient de toute part, qu'a été produite la déchirure de la rate. Voici d'ailleurs l'observation de cette malade.

OBSERVATION II

Madame X..., âgée de 28 ans, habite à quarante kilomètres d'Alger un village infesté par la malaria. Elle en a d'ailleurs eu à subir différentes atteintes. C'est dans son jeune âge, à huit ans qu'elle a été le plus durement éprouvée. A cette époque, elle a souffert pendant quatre mois de la fièvre intermittente dont les accès revenaient avec acharnement tous les deux jours, malgré le traitement quinquique. Il est vrai que, depuis ce moment, elle n'a eu que quelques accès très éloignés les uns des autres.

Elle a toujours été bien réglée ; a eu quatre enfants dont deux sont encore vivants.

Comme autres maladies antérieures, elle ne nous signale qu'un érysipèle de la face survenu à l'âge de douze ans.

Le début de la maladie actuelle remonte au mois de novembre 1891, mois pendant lequel elle commença à ressentir une légère douleur dans la région hypogastrique. Peu de temps après, comme cette douleur qui continuait à persister, la faisait se surveiller sans cesse elle crut apercevoir une tumeur. Et cette tumeur était, disait-elle, une cause de gêne : elle lui rendait les digestions excessivement pénibles

et l'obligeait à se coucher pendant une heure après chaque repas.

Cet état de choses dura jusqu'en février 1892; la tuméfaction de son ventre qui n'avait cessé d'augmenter jusqu'à ce moment commençait à lui donner de sérieuses inquiétudes. Elle prit la résolution d'aller consulter le Dr Montet qui, après quelques prescriptions et une nouvelle consultation la fit entrer dans le service du Dr Vincent, sous la rubrique, kyste de l'ovaire. Elle entra donc à l'hôpital, salle Lisfranc le 8 mai 1892.

A priori elle à l'air de jouir d'une santé parfaite. Son teint est frais, souriant, elle n'a pas de fièvre: seulement une gêne passagère après les repas et l'inquiétude de voir son ventre grossir. Et en effet la chose qui frappe à la première inspection de la malade, c'est le ballonnement de son ventre, accentué surtout à la partie inférieure. Cet accroissement de volume est coupé par une dépression assez profonde au niveau de la ligne ombilicale.

A la palpation, on sent une tumeur qui occupe toute la région ombilicale, qui remplit les fosses iliaques droite et gauche; elle est pourtant plus sensible dans la fosse iliaque gauche: elle s'élève de cette façon jusqu'à l'ombilic en prédominant toujours à gauche. Si le rebord de la main est appliqué sur la paroi abdominale, un peu au-dessus de l'ombilic, il la déprime parfaitement et laisse croire que la tumeur finit à ce niveau.

La région située au-dessous de cette ligne horizontale passant un peu au-dessus de l'ombilic est absolument mate; celle qui est située au-dessus est au contraire franchement sonore. Cette tumeur sem-

ble lisse, assez rénitente, mais la fluctuation n'est pourtant pas celle que l'on trouve ordinairement dans les kystes ovariens.

Par le toucher vaginal on s'aperçoit que la tumeur bombée dans les culs-de-sac latéral gauche et postérieur; une pression imprimée à la paroi abdominale est ressentie par le doigt qui explore ces mêmes culs-de-sac. L'utérus reste pourtant immobile; il ne fait donc pas corps avec le néoplasme.

Au dire de la malade cette tumeur datait de six mois: elle avait débuté par la partie inférieure de l'abdomen, par la région hypogastrique et avait lentement envahi la fosse iliaque gauche et la région ombilicale. Elle était d'ailleurs parfaitement limitée et avait évolué chez une femme dont l'état général très satisfaisant laissait croire que ce néoplasme du bassin n'avait retenti en rien sur la santé du sujet qui le portait. Dès lors on posa le diagnostic de kyste de l'ovaire bien que l'abdomen ne fut pas très tendu et que la fluctuation ne fut pas parfaitement évidente. On se décida à faire une ovariectomie.

La laparotomie fut faite le 18 mai 1892. Après avoir incisé sur la ligne médiane les différentes couches de la paroi abdominale on tombe sur une tumeur considérable englobée par des adhérences. Le Docteur Vincent introduisant sa main dans la cavité abdominale essaie de les décoller. Il arrive au niveau de la dépression ombilicale et croit avoir atteint la limite de la tumeur. On fait alors une ponction aspiratrice avec l'appareil de Potain. Elle n'amène que quelques gouttes de sang. M. Vincent commence à émettre des doutes sur la nature de la tumeur et va à la recherche du pédicule dans le bas-

sin. Il suit parfaitement la tumeur en contourne la partie inférieure sans trouver de pédicule. Il cherche en haut et voit alors qu'elle se continue avec la tumeur pelvienne. Le doute n'est plus permis. Il apparaît avec toute évidence que l'on a affaire à une rate énorme de paludique.

Ce ne sont pourtant pas les signes que l'on observe chez les paludéens quand on se trouve en présence d'une rate énormément hypertrophiée. Ordinairement en effet, chez ces derniers malades, la rate bombe en avant, faisant sous la paroi abdominale une saillie considérable. De plus la grosse rate des cachectiques est limitée à sa partie inférieure par une dépression très nette. Ici on trouvait bien aussi une dépression; mais cette dépression semblait circonscrire la tumeur pelvienne à sa partie supérieure; c'est elle qui avait induit en erreur.

Eh bien, c'est au niveau de cette dépression alors que les doigts croyaient avoir atteint la limite supérieure de la tumeur, c'est à ce niveau qu'en essayant de décoller les adhérences une déchirure avait été produite dans le tissu splénique. Cette déchirure dont les dimensions ne furent certainement pas mesurées avec précision, pouvait bien avoir une longueur d'environ six centimètres, sur une profondeur un peu inférieure à un centimètre.

Craignant une hémorrhagie qui commençait déjà à se produire, le docteur Vincent essaya de suturer au péritoine pariétal les lèvres de la déchirure, mais le tissu est friable et les sutures ne tiennent pas. On referme l'abdomen après avoir fait un drainage à la gaze iodoformée, et aussi après avoir enlevé au préalable au moyen de tampons antiseptiques les

caillots et le sang épanché dans l'intérieur de la cavité abdominale.

Il n'y eut pas de complications; L'hémorrhagie fut très abondante.

Le thermomètre ne monta jamais au-dessus de 37°5 et la malade ne ressentit jamais le plus petit frisson.

Le 27 *mai*, neuf jours après l'opération, la plaie marchait bien et l'on retira le drain de gaze iodée formée.

Le 4 *juin* les sutures furent enlevées. Il ne restait à ce moment qu'une petite fistule par laquelle s'échappaient quelques gouttes de sérosité sanguinolente.

La malade sort de l'hôpital le jour même, après son pansement.

Elle revient le 6 *juillet* se faire examiner. La fistule existe encore, mais l'écoulement est beaucoup moindre.

L'état général est bon, la malade se trouve satisfaite de l'intervention chirurgicale car elle ne ressent même plus les malaises qu'elle éprouvait après chaque repas.

Il est bien évident que ce dernier cas n'est pas absolument analogue au précédent. La déchirure splénique produite chez notre premier malade par chute, par un traumatisme qui avait exercé directement sa violence sur la paroi abdominale n'est pas semblable à celle qui est faite au cours d'une opération. Cette dernière ressemblerait plutôt, dira-t-on, à une plaie de la rate. Ce n'est pourtant pas une

plaie dans le vrai sens du mot, car, si l'on s'en rapporte à l'observation précédente, on peut voir que c'est en décollant des adhérences qu'a été produit la déchirure. C'est le tissu de la rate qui a cédé, qui a été arraché, en un mot la rate a été réellement rompue, il y a bien rupture de la rate.

Aussi cette observation vient-elle ajouter foi à ce que nous disions plus haut c'est-à-dire qu'il existe des ruptures de la rate dont le pronostic ne soit pas nécessairement fatal? Elles ne s'entourent pas alors de tout le cortège des terribles symptômes que nous avons déjà signalé et arrivent à une guérison assez rapide. De tous ces symptômes, le plus rapidement mortel, c'est l'hémorrhagie. Or elle a été très minime chez le sujet de notre dernière observation et c'est à cela qu'il faut attribuer sans doute le rétablissement si prompt de la malade.

Dès lors il sera permis d'inférer que pour les cas où la rupture de la rate ne s'accompagnera pas d'une violente hémorrhagie la guérison pourra être interne et le pronostic sera meilleur.

Mais aussi comment supposer une rupture de la rate s'il n'y a pas hémorrhagie? Les commémoratifs coup reçu dans l'hypochondre gauche, chute sur le côté gauche; les signes actuels, altération des traits, douleur violente dans la région splénique, pouls petit etc., ne suffiront pas la plupart du temps pour nous mettre dans la bonne voie et le diagnostic ne sera pas posé. Il pourra donc se produire des cas où des

déchirures traumatiques réelles de la rate passeront inaperçues.

Nous dirons donc, d'une part, que le pronostic des ruptures de la rate est la plupart du temps défavorable ; qu'il entraîne la mort dans l'immense majorité des cas ; que cette mort est due surtout à l'hémorrhagie concomitante. Pourtant la perte d'un litre et quelquefois moins, de liquide sanguin épanché dans la cavité péritonéale, ne suffit pas pour expliquer des morts foudroyantes. C'est pour répondre à cet argument que Sotis a imaginé la théorie nerveuse : de tous ceux qui auraient rapidement succombé à une rupture de la rate s'accompagnant d'une hémorrhagie peu considérable, il a expliqué la mort par la sidération du plexus splénique. Cette action nerveuse qui est possible n'est pas encore suffisamment démontrée pour qu'elle puisse être admise sans conteste.

Mais d'autre part, nous n'ajouterons pas, avec la plupart des auteurs que ce pronostic est absolument, est invariablement désespéré. Les deux malades qui font le sujet de nos observations, démontrent bien que l'issue de cette affection n'est pas nécessairement mortelle, et que bien des cas de guérison restent ignorés.

TRAITEMENT

Quels résultats la thérapeutique retirera-t-elle de tous ces faits ? Pourra-t-on instituer un traitement qui donne quelques chances de succès ? Tout d'abord nous ne serons pas entièrement de l'avis de Collin quand il nous dit : « Il est superflu d'insister sur le traitement d'une affection presque nécessairement mortelle. Si par hasard on venait à reconnaître une rupture de la rate, la seule chose à faire serait évidemment de condamner le malade à l'immobilité absolue, de calmer par l'opium la douleur et les autres violents symptômes ou de ranimer au besoin par des excitants la vie défaillante. On devra dans tous les cas agir avec une grande circonspection. »

Cette opinion est sans doute excusable. Elle est due à la gravité des cas constatés par l'auteur qui d'ailleurs reconnaît que l'on doit quand même tirer un enseignement de ces faits désespérés.

En effet, les ruptures traumatiques se produisent surtout chez les individus dont la rate est préalablement malade. Il y aura dès lors une sorte de traitement hygiénique ou prophylactique à observer pour les paludiques ou d'une façon plus générale pour tous les rateux :

« Qu'ils évitent avec le plus grand soin non seulement les contusions de la région splénique, mais encore les exercices violents tels que l'escrime, la lutte, le saut, les grands efforts. Que ceux d'entre eux qui sont débarrassés de leur fièvre se tiennent également sur leurs gardes. J'ai montré que la rate pouvait rester volumineuse, ramollie et faible longtemps après la cessation de tout accès fébrile et chez des hommes d'une santé en apparence fort robuste.

« La rate est donc toujours le côté vulnérable de certains fébricitants et celui qu'ils doivent constamment protéger. De là l'expresse recommandation d'entourer de ménagements et de soins, de surveiller sans cesse les malades atteints de fièvre et de cachexie paludéenne, principalement ceux qu'on évacue dans cet état souvent à de grandes distances ou bien ceux qui dans nos salles sont en proie à des accès pernicioeux, sans conscience de ce qu'ils souffrent. Il est surtout impérieusement indiqué de n'exercer sur ces malades la palpation ou la percussion de l'hypochondre gauche qu'avec une extrême réserve.

Lorsqu'il le faut, explorons minutieusement la rate; pour cet examen servons-nous au besoin du pléssimètre mais gardons-nous bien d'abuser de la pléssimétrie. »

Pour les individus qui peuvent être atteints de rupture de la rate, il est utile de faire au point de vue thérapeutique différentes catégories.

Dans un premier groupe la terminaison est rapide et toujours mortelle. Ces malades survivent seulement quelques heures. Tous les efforts du médecin devront tendre à soulager le malade. Il donnera de l'opium à l'intérieur, fera des injections de morphine. C'est un devoir pour lui de chercher à atténuer les atroces souffrances du patient. Nous ne nous arrêterons pas davantage sur ces cas mortels.

Le véritable intérêt de la question se trouve tout entier chez les malades qui constitueront le deuxième groupe, c'est-à-dire chez ceux dont la survie est de plusieurs jours et dont l'existence ne court pas un danger immédiat. C'est sur eux que l'on devra user des ressources que nous fournit la thérapeutique. Quels sont les moyens en notre pouvoir ? Que ferons-nous pour enrayer la marche ou atténuer la gravité des accidents consécutifs aux ruptures de la rate ?

La péritonite consécutive à une rupture traumatique sera traitée par les moyens ordinairement employés. On mettra de la glace sur le ventre ; on fera prendre au malade des boissons glacées on lui donnera de l'opium, du chlorhydrate de morphine. Puis, si ces moyens ne suffisent pas, on ouvrira, lavera, drainera la cavité péritonéale.

L'hémorrhagie pourra être combattue par plusieurs moyens : d'abord la compression. Et pour qu'elle soit utile elle devra être uniforme, se répartir également sur tous les points de la paroi abdomi-

nale. En augmentant la tension intra-abdominale, elle apportera un obstacle à l'épanchement sanguin. Pour la produire d'une façon efficace on enveloppera l'abdomen d'une épaisse couche d'ouate que l'on serrera avec une bande en toile.

Le tamponnement avec la gaze iodoformée, comme il a été fait par M. Vincent chez notre deuxième malade ne s'applique qu'à des cas tout à fait particuliers. Du reste, il suppose, au préalable, la laparotomie.

Chez cette même malade on avait essayé de suturer la plaie, mais les sutures n'avaient pas tenu. Ce moyen serait peut-être à essayer. Mais il faut encore de nouvelles observations pour que l'on puisse en garantir l'efficacité.

La splénectomie est actuellement une opération courante. M. le professeur agrégé Quénu a publié une statistique qui comporte vingt-cinq cas sans aucun décès post-opératoire. Ces résultats sont certainement encourageants, mais sont-ils bien applicables dans les cas de déchirures de la rate ? Pourra-t-on sans inconvénient extirper une rate hypertrophiée comme on trouve ordinairement celle des paludiques ? Il est fort probable que dans ces cas, l'état général qui est la plupart du temps mauvais ne fera que s'aggraver. L'opération deviendra périlleuse à cause des nombreuses adhérences de la rate avec les viscères voisins.

Elle pourra être utile à la condition d'être faite rapidement chez des individus dont le tissu de la rate est normal, sain. Mais nous savons déjà que dans ces cas les ruptures sont très rares et le nombre des splénectomies se trouvera de ce chef considérablement restreint.

Vu: le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le président de la thèse,

TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer.

Le vice-recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- CAYREL. (*Gaz. des Hôp.* 1840).
LOTIS. (*Gaz. méd.* 1840).
VERGER. (*Gaz. méd.* 1842).
CHABRELY. (*Bull. méd.* Bordeaux, 1842).
VIGLA. (*Arch. gén. de méd.* 1843-44).
MARC SEE. (*Bull. Soc. Anat.* 1852).
E. COLLIN. (*Mém. méd. milit.* Paris, 1855. T. xv.)
LIEMBRICKI. (*Soc. anat.* 1872).
CHOMEL ET MEUNIER. (*Bullet. Soc. Anat.* 2^e série T. VII.)
K. MULLER. (*France médicale*, 1876).
BESNIER. (*Dict. Encycl. Art. Rate*).
EM. MARTIN. (*Thèse de Montpellier* 1877).
FINNEL (*Revue de Hayem* T. IX).
Annales d'hygiène (mars 1882).
BLUM. (*Arch. gén. de méd.* 1883. T. I).
BAROLLIER. (*id.* 1888. T II).
CORRE. (*Arch. de l'anthrop. crim.* 1889).
LAUGIER. (*Soc. de méd. leg.* octobre 1890)
Congrès français de chirurgie (5^e session 1891).
QUÉNU (*Traité de chirurgie*, 1892. T. VII).
VINCENT (d'Alger). (*Pronostic et traitement des rup. de la rate* 1892).

